Aus der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik
(Leiter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.)

Die Folgen isolierter Muskeldurchtrennungen am Unterschenkel.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Hohen medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau,

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Alfons Ochmann
Arzt in Breslau.

Breslau 1925
Schlesische Volkszeitung, Druckerei u. Verlag G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Weil.

Vorliegende, hier im Auszug wiedergegebene Arbeit umfaßt drei Fälle von Fußdeformitäten infolge isolierter Muskeldurchtrennungen am Unterschenkel, die in den Jahren 1921 und 1922 in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik zur Beobachtung kamen.

Zwei der angeführten Verletzungen sind beruflicher, eine sportlicher Art.

Im ersten Falle handelt es sich um eine Sensenverletzung des Musculus tibialis anticus und einer Portion des Musculus extensor hallucis longus bei einem 21jährigen Mädchen, wo es bereits nach kaum fünf Monaten zu einer Fußdeformität — Spitzfußstellung — gekommen ist.

Fall zwei berichtet von einem 18jährigen Friseur, der sich vor acht Jahren beim Baden an einem Glasstück den Musculus tibialis posterior durchtrennt hatte und wo der Ausfall dieses Muskels zu einem hochgradigen Plattfuß führte.

Fall drei zeigt einen 14jährigen Landwirt, der vor zehn Jahren von einer Sense am linken Fuße verletzt worden war. Die Wunde heilte per secundam intentionem; es trat jedoch allmählich eine starke Deformierung des Fußes im Sinne eines Klumpfußes infolge Durchtrennung der Peronaei ein.

In der Literatur finden wir bereits verschiedene Fälle von Fußdeformitäten nach isolierten Muskeldurchtrennungen verzeichnet. So berichtet Giani von dem Auftreten eines Spitzfußes nach Durchtrennung des Muskulus tibialis anticus, wo dann eine Sehnenplastik zu einem vollen Erfolge führte. Vulpius und Müller konnten nach Durchtrennung dieses Muskels einen Plattfuß beobachten, Brandes sogar in zwei Fällen typische Klauenhohlfüße. Ich neige zu der Ansicht, daß es sich bei den so verschiedenen Deformitäten nach Ausfall desselben Muskels nicht um direkt verschiedene Deformitäten von vornherein handelt, sondern nur um einzelne Stadien der Deformität. Und zwar möchte ich die Spitzfußstellung als I. Stadium bezeichnen. Daß es aber in so kurzer Zeit, wie im Fall I der Arbeit zu einem so hochgradigen Spitzfuße kam, ist wohl auch auf die teilweise Durchtrennung des Muskulus extensor hallucis longus zurückzuführen. Bei weiterer Be-

lastung sinkt nun, da die Hebung des inneren Fußrandes infolge Ausfall des Muskulus tibialis anticus wegfällt, das Plantargewölbe des Fußes ein und es kommt zum II. Stadium, zum Plattfuß. Ist es zu einem Plattfuß gekommen, so gewinnen sowohl die gesunde Waden- als auch Sohlenmuskulatur die Oberhand. Bei jedem Schritt ist es nun der Waden- und Sohlenmuskulatur, da ihr Antagonist fehlt, möglich, die Fußspitze über die Norm plantarwärts zu beugen und so tritt allmählich das III. Stadium, der Klauenhohlfuß ein. Die Hauptfunktion des Muskulus tibialis posticus ist ebenfalls die Hebung des inneren Fußrandes; auch seine Verletzung muß zur Bildung eines Plattfußes führen. Infolge Verletzung der Peronaei dagegen kommt es zur Entwicklung eines Klumpfußes, da, wie im Fall drei, die Muskeln der Fußspitze und insbesondere die des medialen Fußrandes das Übergewicht erlangen, wozu noch die entwicklungsgeschichtliche Disposition einer Varusstellung des Fußes begünstigend beiträgt.

Einen völlig neuen Weg in der Behandlung dieser Deformitäten wies Nikoladoni mit seiner im Jahre 1880 zum ersten Male ausgeführten Sehnentransplantation, die den davon Betroffenen frei von den bis dahin ausschließlich gebrauchten, oft komplizierten Stütz- und Gehapparaten machte. Hier ist nun doch eine kleine Einschränkung betreffend eines vollen Heilerfolges in jedem Falle zu machen, wie es auch Fall II zeigt, wo zur Erhaltung des Operationsergebnisses infolge starker Verkrümmung der Unterschenkelknochen und atrophischer Muskulatur noch ein Stützapparat verordnet werden mußte. Hierbei möchte ich auch als Grundsatz für die Transplantationen anführen, worauf bereits früher Stoffel, Biesalski und Beck hingewiesen haben, daß nur derjenige Muskel, der auf Grund seines anatomischen Baues ähnliche Leistungen wie der Geschädigte übernehmen kann, als Kraftspender Verwendung finden soll.

Aus den in der Arbeit und aus den in der Literatur angeführten Fällen von Fußdeformitäten nach isolierter Muskeldurchtrennung ist ersichtlich, welch große Bedeutung der Muskulatur bei Erhaltung der normalen Fußform zukommt und welch hoher Wert der von Nikoladoni hierfür eingeführten Operationsmethode in sozialer Hinsicht, insbesondere jetzt nach dem Kriege beizumessen ist. Sie macht den Betroffenen rasch von den Beschwerden oft recht lästiger Stützapparate frei und gibt ihm in Kürze wieder volle Arbeitsfähigkeit.